（ 様式1 ）

地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員
〔看護師（4月採用）〕
採用試験受験申込書（受付票）

（※欄は記入の必要がありません。）

職 種	看護師	受験番号	※	
試験日	第　　回試験 2019年　　月　　日（　）			
（ふりがな） 氏　名		性別	男・女	
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（満　　歳）			

（写 真）

・縦4．5cm×横3．5cm

・試験申込み前3か月以内に撮影したもの

・上半身無帽、正面、無背景

・カラー、白黒いずれも可

現住所	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電 話 （　　） 携帯電話 （　　）
連絡先等 （現住所以外に受験票等の送付を希望する場合に記入）	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電 話 （　　） 携帯電話 （　　）

看護師免許の有無 （申込日時点）	取得済（昭 ・ 平　　年　　月）　・　取得見込
進学希望の有無	有　学校名（　　）　・　無
他病院等の併願の状況	有　併願先（　　）　・　無

私は、地方独立行政法人栃木県立リハビリテーションセンター職員採用試験を受けたいので、申し込みます。

なお、私は次の各号のいずれにも該当しておりません。

① 成年被後見人又は被保佐人（準禁治産者を含む。）
② 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者
③ 日本国憲法施行の日以後において、日本国憲法又はその下に成立した政府を暴力で破壊することを主張する政党その他の団体を結成し、又はこれに加入した者

年　　月　　日

氏　名（自署）

（　様式２－１　）

履　歴　書

（ふりがな） 氏　　名 （自署）		印
生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　満　　歳	男　・　女

（写　真）
・縦4．5㎝、横3．5㎝
・試験申込み前3ヶ月以内に撮影したもの
・上半身無帽、正面、無背景
・カラー、白黒いずれも可

（ふりがな） 現　住　所	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電　　話 （　　） 携帯電話 （　　）
（ふりがな） 連　絡　先 （現住所以外に受験票等の送付を希望する場合に記入）	（〒　　－　　） 方（下宿等の場合は必ず記入すること）	電　　話 （　　） 携帯電話 （　　）

学　　歴　（高等学校卒業から入学・卒業・卒業見込・中退等記入）

年　月	学　校　名	学　部　学　科　名	入学・卒業等
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			
昭・平 年　月			

（　様式２－２　）

（氏名　　）

職　　歴　（今までの職歴をすべて記入）				
勤務先（部課名まで）	職務内容	所　在　地（番地まで）	在　職　期　間	退職理由
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	
			昭・平　年　月～ 年　月	

資　格　・　免　許		
名　　称	取得（見込）年月日	備考（取得見込の場合その旨）
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	

得意な学科	得意なスポーツ

参加しているサークルやクラブ活動

自覚している性格

趣味・特技

志望の動機

現在の健康状態 （□はレ印をつける。）	□良好　□やや不健康　□不健康 既往病名又は症状 ＿＿＿＿＿＿　発病した時期 ＿＿＿＿＿＿
入院歴・半月以上罹患した病歴 （□はレ印をつける。）	□なし　□あり ＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿

（様式３）

［　医師記載　］

色　覚　検　査　書

栃木県立リハビリテーションセンター

<table>
<tr><td>職種</td><td>看護師</td><td>受験
番号</td><td>※</td><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日</td><td>男
女</td></tr>
<tr><td>色覚</td><td colspan="6">正常　・　異常（　　）

【特記事項】</td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関所在地
医療機関名
医師氏名　　印</td></tr>
</table>

（注）　・色覚検査表またはパネルＤ－１５による検査を実施してください。
・太線内は受験者が記入して下さい。（※欄の記入は不要）
・提出日以前３ヶ月以内に受診したものが有効となります。
・この検査は、業務との関連性があるために実施するものです。

申込書・履歴書記入上の注意

1　共通

①　記載事項に不正があると不採用になります。

②　申込日現在で記入してください。

③　記入にあたっては、黒又は青インク・かい書・算用数字で記入し、該当するものの文字は〇で囲んでください。

④　記入もれ等不備があると受け付けない場合があります。

⑤　それぞれの記入欄が足りないときは、Ａ４版補助用紙に該当欄が分かるように記入し、添付してください。

⑥　氏名は戸籍どおりに記入してください（高→髙、斎→齋など）。

2　申込書

①　進学を希望されている方は、学校名を必ず記入してください。

②　他病院と併願予定の方は、併願先を必ず記入してください。

3　履歴書

①　職歴欄は、今までの一切の職歴（自営業、アルバイトも含む。（学生アルバイトは除く。））について詳細に記入してください。

②　資格・免許欄は、受験に必要な医療関係の資格や免許を取得している場合や取得見込の場合はすべて記入してください。